



Artigo de Investigação Médico-Dentário

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral em Adolescentes de 12 Anos – Dados do III Estudo Nacional da Prevalência das Doenças Orais

**Oral Health Related Quality of Life in 12-year-old Adolescents –
III National Study on Oral Diseases**

Mariana Rodrigues Viana da Silva Pereira

Porto, 2020



Artigo de Investigação Médico-Dentário

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral em Adolescentes de 12 Anos – Dados do III Estudo Nacional da Prevalência das Doenças Orais

**Oral Health Related Quality of Life in 12-year-old Adolescents –
III National Study on Oral Diseases**

Mariana Rodrigues Viana da Silva Pereira

Estudante do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária

mariana.rvs.pereira@gmail.com

Orientadora:

Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira

Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Coorientadora:

Maria Cristina dos Santos de Sousa Ferreira

Higienista Oral da Direção-Geral da Saúde

Porto, 2020

Agradecimentos

À minha Orientadora, Professora Doutora Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira, pela permanente disponibilidade, simpatia, sinceridade e por me ter guiado na execução desta monografia. Sei que fiz a escolha certa.

À minha Coorientadora, Doutora Maria Cristina dos Santos de Sousa Ferreira pela sua colaboração.

Aos meus pais, por confiarem em cada decisão minha. Pela força, motivação e confiança que me transmitiram ao longo deste percurso. Pelos princípios que incutiram em mim. Pelas horas de colo e conforto que foram necessárias para que chegasse até aqui.

Ao João, o meu porto seguro, a calma para cada tempestade. Pela compreensão, pelo apoio incessante, por me pôr sempre em primeiro lugar e por todo o seu amor.

À minha avó Carolina, que estará sempre comigo.

Aos meus amigos e família por terem caminhado ao meu lado nesta viagem.

A todos, o meu mais sincero obrigada.

Índice

Resumo.....	1
Abstract	2
Introdução	3
Materiais e Métodos.....	5
Resultados	8
Discussão.....	16
Referências Bibliográficas	23
Anexos.....	27
Anexo 1 - III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais – Entrevista.....	28
Anexo 2 - III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais - Avaliação Clínica	32
Anexo 3 – Declaração de Consentimento Informado – Encarregados de Educação.....	34
Anexo 4 – Declaração de Consentimento Informado – Participantes.....	35
Anexo 5 – Dispensa de Parecer de Comissão de Ética Relativo ao III ENPDO.....	36
Anexo 6 – Parecer da Comissão de Ética da FMDUP	37
Anexo 7 – Parecer da Unidade de Proteção de Dados da Universidade do Porto	38
Anexo 8 – Decisão Reitoral Relativa ao Tratamento de Dados Pessoais	40
Anexo 9 – Declaração de Cumprimento das Normativas do Serviço de Proteção de Dados da Universidade do Porto	41
Anexo 10 - Parecer da Orientadora para Entrega Definitiva do Trabalho	42
Anexo 11 - Parecer da Coorientadora para Entrega Definitiva do Trabalho.....	43
Anexo 12 – Declaração de Autoria do Trabalho Apresentado	44

Resumo

Introdução: Atualmente existe um interesse crescente em reconhecer a saúde oral como uma componente da qualidade de vida. Assim, a investigação em medicina dentária tem explorado o conceito de qualidade de vida relacionada com saúde oral e quais os fatores que a podem influenciar.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo avaliar o impacto que os fatores sociodemográficos, o estado de saúde oral e a autoperceção do estado geral da cavidade oral têm sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral de adolescentes de 12 anos.

Metodologia: Foram utilizados dados secundários do terceiro Estudo Nacional da Prevalência das Doenças Orais, no qual foi selecionada uma amostra de jovens de 12 anos, que frequentavam o ensino escolar português. Os participantes foram submetidos a um exame clínico da cavidade oral e a um questionário. Utilizaram-se os dados relativos à caracterização sociodemográfica, autoperceção de saúde oral, necessidade de tratamento de cáries graves, presença de traumatismos dentários e qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Os dados foram codificados e sintetizados e desenvolveram-se modelos de regressão logística binária através do programa SPSS, versão 25 (IBM®).

Resultados: Verificou-se que 28,4% dos estudantes sofreu impacto das condições de saúde oral na qualidade de vida. As dimensões que sofreram mais impacto foram a limitação funcional e a dor física e a dimensão que sofreu menos impacto foi a incapacidade social. Os adolescentes que consideraram o estado geral da sua cavidade oral como razoável ou como bom/ muito bom, tinham menor probabilidade de sofrer impacto (OR= 0,29; IC95=0,147-0,550 e OR=0,13; IC95=0,064-0,247, respetivamente). Os participantes com necessidades de tratamento não satisfeitas de cáries graves em dentes permanentes, tinham maior probabilidade de sofrer impacto (OR= 1,43; IC95= 1,003 – 2,049).

Conclusões: Na generalidade, a saúde oral exerceu pouco impacto sobre a qualidade de vida dos participantes. A autoperceção de saúde oral e as necessidades de tratamento não satisfeitas de cáries graves em dentes permanentes tiveram impacto sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes. Estes resultados sugerem a necessidade de desenvolver e potenciar programas de promoção e educação para a saúde oral dirigidos aos pais, cuidadores, e às próprias crianças e adolescentes, de forma a adotarem comportamentos favorecedores saúde.

Palavras chave: Adolescência; qualidade de vida relacionada com a saúde oral; saúde oral; fatores sociodemográficos; EGOHID.

Abstract

Introduction: Nowadays, there is a growing interest in recognizing oral health as component of quality of life. Therefore, research in dentistry has been exploring the concept of oral health related quality of life and what factors can influence it.

Objectives: The present study aimed to assess the impact that sociodemographic factors, oral health status and self-perception of the oral cavity's general state have on the oral health related quality of life of 12-year-old adolescents.

Methods: In this study, we used secondary data from the third National Study on Oral Diseases, in which a sample of 12-year-olds, who attended Portuguese schools, was selected. Participants underwent a clinical examination of their oral cavity and a questionnaire. Data on sociodemographic characterization, self-perceived oral health, treatment needs of severe caries, presence of dental trauma and oral health related quality of life were used. The data were coded and synthesized, and binary logistic regression models were developed using the SPSS program, version 25 (IBM®).

Results: It was found that 28.4% of the students suffered the impact of oral health conditions on quality of life. The dimensions that suffered the most impact were functional limitation and physical pain and the dimension that suffered the least impact was social disability. Adolescents who considered their oral cavity's general state as reasonable or as good/very good, were less likely to suffer impact (OR = 0.29; CI95 = 0.147-0.550 and OR = 0.13; CI95 = 0.064-0.247, respectively). Participants with unmet treatment needs for severe caries in permanent teeth were more likely to suffer impact on their oral health related quality of life (OR = 1.43; CI95 = 1.003 - 2.049).

Conclusions: Overall, oral health had little impact on the participants' quality of life. Self-perceived oral health and unmet treatment needs for severe caries in permanent teeth had impact on the oral health related quality of life of the adolescents. These results suggest the need to develop and enhance oral health promotion and education programs for parents, caregivers, as well as children and adolescents themselves, for them to adopt health-promoting behaviors.

Keywords: Adolescence; oral health related quality of life; oral health; sociodemographic factors; EGOHID.

Introdução

Qualidade de vida (QdV), segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), define-se como a percepção do indivíduo relativamente à sua posição na vida, segundo o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais está inserido, e em relação aos seus objetivos, padrões, preocupações e expectativas. É um conceito multidimensional que incorpora, de uma forma complexa, a saúde física do indivíduo, o seu estado psicológico, relações sociais, grau de independência, crenças e a sua relação com características relevantes do meio ambiente. Assim, está implícito que este conceito é subjetivo (1, 2).

A QdV pode ser significativamente influenciada pela saúde oral, dado que as condições orais podem afetar as atividades diárias e as relações interpessoais, causando impacto no bem-estar físico, psicológico e social (3-5). Este facto originou um interesse crescente no conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QVrSO), o qual reflete o conforto do indivíduo quando se alimenta, dorme e interage, assim como a sua autoestima e satisfação no que diz respeito à sua saúde oral (4, 6).

Os levantamentos epidemiológicos nacionais realizados no âmbito da saúde oral avaliam a prevalência de doenças orais em populações alvo, fornecem uma imagem sobre como a população vive e como a sua saúde e bem-estar são moldados pelo contexto social, cultural e económico envolventes. Estes levantamentos são relevantes em termos de saúde pública pois oferecem uma visão da associação entre doenças orais, os seus determinantes e as necessidades de tratamento. Assim, os resultados obtidos podem ser usados para planear estratégias adequadas de controlo da prevalência dessas doenças, em função dos recursos económicos e vontade política existentes. Permitem ainda contribuir para formular novas políticas de saúde e avaliar a eficácia de programas de saúde pública já instituídos (7-9).

O projeto europeu denominado European Global Oral Health Indicators Development (EGOHID), baseado numa rede sentinela constituída por dentistas de oito países europeus, teve como objetivo providenciar indicadores para medir a saúde oral e os seus determinantes entre populações. Para isso, é utilizando um questionário que possibilita a recolha de informação com metodologias padronizadas, permitindo o aumento da qualidade dos dados colhidos, bem como a sua comparabilidade (10, 11). Este questionário engloba várias categorias de indicadores, nomeadamente a dimensão da QVrSO na população adulta, em crianças e em adolescentes (11, 12).

A adolescência define-se como uma etapa de transição entre a infância e a idade adulta, que se estende entre os 10 e os 19 anos de idade (13). Inicia-se com as alterações corporais da puberdade e finaliza com a consolidação da personalidade e do crescimento (14). Esta fase

caracteriza-se por esforços para atingir objetivos relacionados com as expectativas culturais da sociedade e pelo contínuo desenvolvimento a nível físico, emocional, mental, social e sexual (13, 14). Neste contexto, e considerando as fases mais precoces da adolescência, é frequente os jovens negligenciarem medidas de autocuidado e adotarem estilos de vida que podem ter repercussões na saúde oral. Assim, tem sido referido que a adolescência pode configurar um período considerado de risco em relação aos cuidados de saúde oral, tendendo a ocorrer a deterioração do controlo da placa bacteriana e o crescente consumo de alimentos com potencial cariogénico (3, 15).

Em consonância com as características deste período, durante a adolescência podem desenvolver-se problemas orais como cárie dentária, traumatismos dentários, hemorragia gengival, lesões de erosão, entre outros. Por sua vez, estes problemas podem originar dor, desconforto, limitações funcionais e outras condições que afetam a vida social, a alimentação, as atividades diárias e o bem-estar do adolescente, podendo afetar, conseqüentemente, a sua QVrSO (15-17). No entanto, a literatura refere que um estado de saúde comprometido, ou a presença de doença, não são necessariamente indicadores de pior QdV, o que pode ser explicado pelo facto da mesma ser multidimensional e subjetiva, como referido anteriormente (18).

Fatores sociodemográficos, tais como o sexo, área de residência, classe social, nível educacional, atividade laboral e rendimento mensal dos pais podem também refletir-se no impacto que a saúde oral tem na QdV dos adolescentes. Porém, a literatura não é consensual relativamente à influência que os mesmos exercem (2, 3, 19-25).

Deste modo, o presente estudo tem como objetivo avaliar o impacto que os fatores sociodemográficos, o estado de saúde oral e a autoperceção do estado geral da cavidade oral têm sobre a QVrSO de uma população de adolescentes de 12 anos de idade.

Materiais e Métodos

O presente estudo utilizou dados secundários do terceiro Estudo Nacional da Prevalência das Doenças Orais (III ENPDO), desenvolvido pela Direção Geral de Saúde (DGS) e descrito anteriormente (26-28). O III ENPDO foi realizado entre 2012 e 2014, em conformidade com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e foi aprovado pela Direção Geral de Saúde.

Para a execução do III ENPDO, foi selecionada uma amostra aleatória baseada no número de residentes em cada uma das Regiões de Saúde e Regiões Autónomas. Para o cálculo do tamanho amostral, foi considerada a prevalência de cárie dentária obtida no II ENPDO. No que diz respeito aos jovens de 12 anos, a amostra foi constituída por 1309 jovens que frequentavam o ensino escolar público ou privado. A constituição da amostra, representativa a nível regional, tem uma precisão de 7%, assegurando uma precisão final da estimativa nacional de aproximadamente 2,5%.

Para determinar os locais e alunos a entrevistar e observar, o III ENPDO atuou por etapas. Primeiramente foram selecionadas as escolas, tendo a recolha de dados sido feita segundo a divisão da Nuts II em 73 escolas. De seguida, de forma aleatória, foram selecionadas as turmas em que existiam pelo menos 80% de alunos nascidos no ano de 2000 ou 2001. Por último, foram escolhidos os participantes. Aos Encarregados de Educação dos adolescentes selecionados, foram explicados os objetivos do estudo e solicitada a assinatura do consentimento informado.

Estes dados foram recolhidos por 16 equipas compostas por profissionais de saúde oral, médicos dentistas e higienistas orais. Para proceder à recolha dos dados clínicos, cada equipa foi sujeita a uma calibração intra e inter examinador com os valores de 0,80 e 0,75, respetivamente.

Na recolha de dados, foi aplicado um questionário aos estudantes, pelo método de entrevista presencial. Este questionário foi construído tendo como base o Inquérito Nacional de Saúde, o Inquérito do Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais (2008), o Programa European Global Oral Health – Indicators Development (EGOHID) (Health Surveillance in Europe – Oral Health Interviews and Clinical Surveys: Guidelines) (2008) e o Eurobarómetro (2010).

O questionário aplicado aos participantes contemplava a caracterização sociodemográfica, com questões relativas ao sexo, local de residência, região de saúde e atividade laboral e nível de escolaridade dos pais; os comportamentos associados à saúde oral, tais como hábitos de higiene oral, frequência e motivo de ida ao médico dentista e os seus hábitos alimentares. Os estudantes foram ainda questionados sobre o facto de utilizarem no

momento, ou já terem utilizado, aparelho ortodôntico; já terem assistido a ações de promoção de saúde oral na escola; sobre os seus hábitos tabágicos e sobre a sua auto percepção de saúde oral. Por último, os adolescentes foram questionados no que concerne aos efeitos que a saúde oral tem sobre as várias dimensões da QdV, tendo sido colocadas questões relativamente à ocorrência de impactos sobre a sua QVrSO, sucedidos nos últimos 12 meses. Nomeadamente, dificuldades em comer, dor na cavidade oral, dificuldade em socializar ou realizar as tarefas escolares devido a problemas na boca ou nos dentes. Para avaliar a QVrSO, o III ENPDO utilizou os parâmetros preconizados pelo EGOHID (11).

Posteriormente, ainda no âmbito do III ENPDO, os adolescentes foram submetidos a um exame clínico realizado de acordo com os critérios do International Caries Detection and Assessment System II (ICDAS II), permitindo o diagnóstico da cárie dentária (29). Foi também avaliada a existência de traumatismos dentários e a presença de fluorose segundo o índice de Dean. Os indicadores avaliados no exame clínico foram os preconizados pelo EGOHID (11).

Na elaboração do presente estudo, foram utilizados os dados do III ENPDO relativos à caracterização sociodemográfica, à auto percepção de saúde oral, às necessidades de tratamento não satisfeitas de cáries graves, à presença de traumatismos dentários e à QVrSO.

Para definir o perfil sociodemográfico dos participantes, foram utilizados dados relativos ao sexo, local de residência, e atividade laboral e nível de escolaridade dos pais. Neste estudo, como necessidade grave de tratamento não satisfeita, foi considerada a prevalência de cárie dentária, tendo como plano de corte as lesões de cárie com código 5 (C₅) e 6 (C₆) do ICDAS II. Como presença de traumatismo considerou-se a existência de, pelo menos, um traumatismo dentário.

As questões relativas ao impacto da saúde oral sobre a QdV foram agrupadas em cinco dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade psicológica e incapacidade social. Todas as dimensões aplicadas são preconizadas pelo EGOHID (11).

Os dados recolhidos foram codificados e sintetizados e a análise estatística foi realizada através do programa SPSS, versão 25 (IBM®). Na análise descritiva da amostra analisada, foram aplicadas estatísticas de sumário. As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas e relativas (%).

Desenvolveram-se modelos de regressão logística binária, pelo método de incorporação simultâneo das variáveis independentes (Enter), para perceber o impacto destas variáveis na QdV dos participantes.

A variável dependente considerada foi a existência de impacto sobre a QVrSO. As variáveis independentes consideradas foram as características sociodemográficas, a prevalência

de necessidades de tratamento não satisfeitas de cáries graves (lesões cavitadas C₅ e C₆) e a presença de traumatismos dentários.

As variáveis referidas foram operacionalizadas. A variável área de residência foi categorizada em dois níveis (urbana/periurbana e rural). As variáveis nível de escolaridade da mãe e nível de escolaridade do pai, foram categorizadas em três níveis: até ao 9º ano de escolaridade (ensino básico), entre o 10º e o 12º ano de escolaridade (ensino secundário) e acima do 12º ano de escolaridade (licenciatura e mestrado ou doutoramento). As variáveis atividade laboral da mãe e atividade laboral do pai nos últimos 12 meses, foram categorizadas em dois níveis: ativo perante o trabalho, não ativo perante o trabalho, sendo que ser ativo perante o trabalho incluía as hipóteses trabalhador e estudante, e não ativo incluía as hipóteses desempregado, doméstico, reformado, sem capacidade para trabalhar e faleceu. A variável de uma maneira geral, como considera o estado de saúde da sua boca e dos seus dentes, que pretendia avaliar a autoperceção de saúde oral dos participantes, foi categorizada em três níveis: muito bom ou bom, razoável, e mau ou muito mau.

A variável dependente foi operacionalizada a partir das variáveis que avaliavam o impacto da saúde oral na QdV dos participantes. Isto é, para cada questão relativa ao impacto da saúde oral sobre a QdV, existiam no questionário quatro opções resposta: nunca, raramente, às vezes e muitas vezes. A opção a ser selecionada pelo participante, refletia a frequência com que determinado problema de saúde oral afetou as suas atividades e ações diárias nos últimos 12 meses. Com base nestas opções, foi criada uma variável para avaliar o impacto que a saúde oral teve sobre a QdV dos adolescentes. Considerou-se a presença de impacto, se o participante respondeu, pelo menos a uma questão, com a opção às vezes ou muitas vezes, e ausência de impacto se o participante respondeu, pelo menos a uma questão, com a opção nunca ou raramente.

Não foram encontradas interações entre as variáveis independentes constantes do modelo. Obtiveram-se Odds-Ratios (OR) com o respetivo intervalo de confiança a 95% (IC 95%). O ajuste do modelo foi avaliado com base no teste de Hosmer-Lemeshow. A proporção da variabilidade explicada pelo modelo foi avaliada pelo método Nagelkerk R Square. As associações estatisticamente significativas foram inferidas para um nível de significância de 0,05.

Resultados

Na tabela I mostram-se os resultados relativos à caracterização sociodemográfica dos participantes que constituíram a amostra do estudo.

Tabela I – Caracterização sociodemográfica dos participantes.

	% (n)
Sexo	
Masculino	45,5 (594)
Feminino	54,6 (715)
Área de residência	
Urbana	51,6 (676)
Rural	20,0 (262)
Suburbana	28,3 (371)
Atividade laboral da mãe nos últimos 12 meses	
Trabalhadora	73,9 (968)
Desempregada	14,7 (195)
Doméstica	9,1 (119)
Estudante	0,5 (7)
Reformada	0,1 (1)
Sem capacidade para trabalhar	0,5 (6)
Faleceu	0,4 (5)
Não sabe/Não responde	0,8 (10)
Atividade laboral do pai nos últimos 12 meses	
Trabalhador	82,3 (1077)
Desempregado	11,7 (153)
Doméstico	0,1 (1)
Estudante	0,2 (3)
Reformado	0,9 (12)
Sem capacidade para trabalhar	0,3 (4)
Faleceu	1,6 (21)
Não sabe/ Não responde	2,9 (38)
Nível de escolaridade da mãe	
Nunca foi à escola	0,3 (4)
Básico (do 1º ao 9º ano)	42,1 (551)
Secundário (do 10º ao 12º ano)	29,3 (383)
Licenciatura	14,8 (194)
Mestrado ou Doutorado	2,3 (30)
Não sabe/ Não responde	11,3 (147)
Nível de escolaridade do pai	
Nunca foi à escola	0,2 (2)
Básico (do 1º ao 9º ano)	49,0 (642)
Secundário (do 10º ao 12º ano)	22,2 (291)
Licenciatura	11,2 (147)
Mestrado ou Doutorado	1,9 (25)
Não sabe/ Não responde	15,4 (202)

O valor da soma das percentagens apresentadas pode não ser de 100% devido aos arredondamentos

A maioria, 54,6%, era do sexo feminino, e vivia em áreas urbanas (51,6%). Relativamente ao nível de escolaridade dos pais, verificou-se que 42,1% das mães e 49,0% dos pais, concluíram o ensino básico (do 1º ao 9º ano). Relativamente à atividade laboral dos progenitores nos últimos 12 meses, observou-se que a maioria das mães e dos pais reportaram estar a trabalhar aquando da realização do estudo, 73,9% e 82,3%, respetivamente.

Na tabela II mostram-se os resultados relativos aos dados clínicos e à autoperceção dos adolescentes sobre o estado de saúde da sua boca e dos seus dentes.

Tabela II - Caracterização da autoperceção do estado da cavidade oral, da presença de traumatismos dentários e da presença de necessidades de tratamento não satisfeitas de cáries graves na dentição decídua (C_5 e C_6 - ICDAS II) e permanente (C_5 e C_6 - ICDAS II) dos participantes.

	% (n)
Autoperceção da Cavidade Oral	
Muito mau	0,5 (7)
Mau	4,0 (532)
Razoável	42,3 (554)
Bom	47,7 (624)
Muito bom	5,5 (72)
Traumatismos dentários	
Sem traumatismos	87,7 (1148)
Com traumatismo	12,3 (161)
Lesões C_5 e C_6 em dentes decíduos	
Sem lesões	89,6 (1173)
Com pelo menos uma lesão	10,4 (136)
Lesões C_5 e C_6 em dentes permanentes	
Sem lesões	82,1 (1075)
Com pelo menos uma lesão	17,9 (234)

O valor da soma das percentagens apresentadas pode não ser de 100% devido aos arredondamentos

A maioria, 53,2%, qualificou o seu estado de saúde oral como bom ou muito bom e apenas 4,5% referiu perceber o mesmo como mau ou muito mau. Dos participantes avaliados, 12,3% apresentavam pelo menos um traumatismo. Relativamente à presença de necessidades de tratamento não satisfeitas de cáries graves, verificou-se que 10,4% e 17,9% dos participantes exibiam lesões em dentes decíduos (C_5 e C_6) e permanentes (C_5 e C_6), respetivamente.

Na tabela III observa-se a frequência com os participantes sofreram impacto sobre a QVrSO, nos últimos 12 meses.

Tabela III - Frequência com que os participantes sofreram impacto sobre a QVrSO nos últimos 12 meses.

	Nunca % (n)	Raramente % (n)	Às vezes % (n)	Muitas vezes % (n)	Não sabe/ Não tem a certeza % (n)	Não responde % (n)
Limitação Funcional						
- Quantas vezes teve dificuldade em comer devido a problemas na boca ou nos dentes?	71,7 (938)	13,9 (182)	12,5 (164)	1,4 (18)	0,2 (3)	0,3 (4)
- Quantas vezes teve dificuldade em mastigar ou cortar a comida com os dentes devido a problemas na boca ou nos dentes?	74,4 (974)	11,9 (156)	11,7 (153)	1,6 (21)	0,2 (3)	0,2 (2)
Dor Física						
- Quantas vezes teve dores de dentes, gengivas doridas ou feridas na boca?	55,0 (720)	21,8 (285)	20,6 (270)	1,8 (23)	0,8 (11)	0 (0)
Desconforto Psicológico						
- Quantas vezes se sentiu tenso por causa de problemas nos dentes ou na boca?	78,5 (1028)	9,9 (129)	10,2 (134)	1,0 (13)	0,3 (4)	0,1 (1)
Incapacidade Psicológica						
- Quantas vezes se sentiu embaraçado por causa da aparência dos dentes ou da prótese?	83,1 (1088)	5,2 (68)	9,8 (128)	1,4 (18)	0,4 (5)	0,2 (2)
Incapacidade Social						
- Quantas vezes evitou conversar por causa da aparência dos dentes ou da prótese?	92,6 (1212)	3,1 (40)	3,4 (44)	0,8 (11)	0,1 (1)	0,1 (1)
- Quantas vezes reduziu a participação em atividades sociais devido a problemas na boca ou nos dentes?	95,2 (1246)	2,8 (37)	1,5 (19)	0,2 (2)	0,3 (4)	0,1 (1)
- Quantas vezes teve dificuldade em fazer os trabalhos de casa ou estudar devido a problemas nos dentes ou na boca?	96,0 (1257)	2,0 (26)	1,6 (21)	0,1 (1)	0,2 (3)	0,1 (1)

O valor da soma das percentagens apresentadas pode não ser de 100% devido aos arredondamentos

Nesta tabela foram incluídas as questões relativas à QVrSO, bem como as dimensões em que essas questões se integram. De um modo geral, os participantes referiram nunca ter experienciado problemas associados à saúde oral. Considerando a dimensão desconforto psicológico, 78,5% dos estudantes referiram nunca se terem sentido tensos devido a problemas na boca ou nos dentes. Relativamente à dimensão incapacidade social, 92,6% dos estudantes relatou nunca ter evitado conversar devido à aparência dos seus dentes. No entanto, as dimensões limitação funcional e dor física evidenciaram frequências mais elevadas de ocorrência de impactos. Em relação à dimensão dor física, verificou-se que 20,6% dos adolescentes relataram ter tido dores de dentes, gengivas doridas ou feridas na boca às vezes, nos últimos 12 meses.

Na tabela IV mostra-se a caracterização do impacto da saúde oral sobre a QdV, considerando as várias questões e dimensões em que estes impactos se integram, e o impacto total da saúde oral sobre a QdV dos participantes.

Tabela IV – Caracterização do impacto da saúde oral sobre a qualidade de vida por dimensão e impacto total que a saúde oral teve sobre a qualidade de vida dos participantes.

	Com Impacto % (n)	Sem Impacto % (n)	Não sabe/ Não tem a certeza % (n)	Não responde % (n)
Limitação Funcional				
- Quantas vezes teve dificuldade em comer devido a problemas na boca ou nos dentes?	13,9 (182)	85,6 (1120)	0,2 (3)	0,3 (4)
- Quantas vezes teve dificuldade em mastigar ou cortar a comida com os dentes devido a problemas na boca ou nos dentes?	13,3 (174)	86,3 (1130)	0,2 (3)	0,2 (2)
Dor Física				
- Quantas vezes teve dores de dentes, gengivas doridas ou feridas na boca?	22,4 (293)	55,8 (731)	0,8 (11)	0 (0)
Desconforto Psicológico				
- Quantas vezes se sentiu tenso por causa de problemas nos dentes ou na boca?	11,2 (147)	78,8 (1032)	0,3 (4)	0,1 (1)
Incapacidade Psicológica				
- Quantas vezes se sentiu embaraçado por causa da aparência dos dentes ou da prótese?	11,2 (146)	83,5 (1093)	0,4 (5)	0,2 (2)
Incapacidade Social				
- Quantas vezes evitou conversar por causa da aparência dos dentes ou da prótese?	4,2 (55)	92,7 (1213)	0,1 (1)	0,1 (1)
- Quantas vezes reduziu a participação em atividades sociais devido a problemas na boca ou nos dentes?	1,7 (21)	95,5 (1250)	0,3 (4)	0,1 (1)
- Quantas vezes teve dificuldade em fazer os trabalhos de casa ou estudar devido a problemas nos dentes ou na boca?	1,7 (22)	96,2 (1260)	0,2 (3)	0,1 (1)
Total	28,4 (372)	71,4 (935)		

O valor da soma das percentagens apresentadas pode não ser de 100% devido aos arredondamentos

Os estudantes, na sua generalidade, relataram um baixo impacto das condições de saúde oral sobre a QdV. As dimensões em que se observou um maior impacto foram a limitação funcional e a dor física, enquanto que a dimensão em que se observou um menor impacto foi a incapacidade social. Quando se considerou o impacto total que saúde oral teve sobre a QdV dos adolescentes, constatou-se que 28,4% relatou ter sofrido impacto.

Na tabela V mostra-se a associação entre a presença de impacto sobre a QVrSO e as características sociodemográficas, a autoperceção do estado da cavidade oral, a presença de traumatismos dentários e as necessidades de tratamento não satisfeitas de cáries graves na dentição decídua (c_5 e c_6 - ICDAS II) e permanente (C_5 e C_6 – ICDAS II).

Tabela V – Associação entre a presença de impacto sobre a QVrSO e as características sociodemográficas, a autopercepção do estado da cavidade oral, a presença de traumatismos dentários e a presença de necessidades de tratamento não satisfeitas de cáries graves na dentição decídua (c_5 e c_6 - ICDAS II) e permanente (C_5 e C_6 - ICDAS II) dos participantes.

	OR (95% I.C)
Sexo	
Masculino	Referência
Feminino	1,16 (0,875 - 1,543)
Área de residência	
Urbana/Periurbana	Referência
Rural	0,97 (0,682 - 1,390)
Nível de Escolaridade da Mãe	
≤ 9º ano	Referência
10º - 12º ano	0,99 (0,688 - 1,427)
≥ 12º ano	0,83 (0,482 - 1,412)
Nível de Escolaridade do Pai	
≤ 9º ano	Referência
10º - 12º ano	1,07 (0,734 - 1,570)
≥ 12º ano	1,46 (0,841 - 2,522)
Atividade Laboral da Mãe	
Ativa Perante o Trabalho	Referência
Não Ativa Perante o Trabalho	1,11 (0,795 - 1,545)
Atividade Laboral do Pai	
Ativo Perante o Trabalho	Referência
Não Ativo Perante o Trabalho	1,35 (0,901 - 2,017)
Autopercepção da Cavidade Oral	
Muito Mau/Mau	Referência
Razoável	0,29 (0,147 - 0,550) *
Muito Bom/Bom	0,13 (0,064 - 0,247) **
Traumatismos Dentários	
Sem Traumatismo	Referência
Com Traumatismo	0,89 (0,571 - 1,370)
Lesões C_5 e C_6 Dentes Decíduos	
Sem lesões	Referência
Com pelo menos uma lesão	1,12 (0,712 - 1,746)
Lesões C_5 e C_6 em Dentes Permanentes	
Sem lesões	Referência
Com pelo menos uma lesão	1,43 (1,003 - 2,049) ***

OR – Odds ratio obtido a partir de um modelo ajustado que incluiu o sexo, área de residência, nível de escolaridade e atividade perante o trabalho dos pais, autopercepção da saúde oral, prevalência de cáries não tratadas (C_{5-6}), e traumatismos dentários;
IC – Intervalo de confiança

Valores a negrito representam valores estatisticamente significativos

* $p < 0,0005$;

** $p < 0,0005$;

*** $p = 0,048$

Verificou-se que a percepção que os adolescentes tinham acerca do estado de saúde da sua cavidade oral, estava significativamente associado à probabilidade de existir impacto sobre a QVrSO. Os adolescentes que consideraram o estado de saúde da sua boca e dos seus dentes como razoável ou como bom/ muito bom, tinham menor probabilidade de sofrer impacto. (OR= 0,29; IC95=0,147-0,550 e OR=0,13; IC 95=0,064-0,247, respetivamente). Verificou-se uma associação significativa entre a presença de necessidades de tratamento não satisfeitas de cáries graves (C₅ e C₆) em dentes permanentes e a existência de impacto sobre a QVrSO dos adolescentes. Isto é, os participantes com necessidades de tratamento não satisfeitas de cáries graves (C₅ e C₆) em dentes permanentes, tinham maior probabilidade de sofrer impacto (OR= 1,43; IC95= 1,003 – 2,049).

Não se verificou uma associação significativa entre o impacto sobre a QVrSO e as variáveis clínicas presença de lesões cavitadas (c₅ e c₆) em dentes decíduos e presença de traumatismos dentários. Relativamente às variáveis sociodemográficas, não se observou qualquer associação significativa com a existência de impacto sobre a QVrSO.

Discussão

Atualmente existe um interesse crescente em reconhecer a saúde oral como uma componente da qualidade de vida. Assim, a investigação em medicina dentária tem-se centrado na exploração da relação entre o estado de saúde oral e a QdV, de modo a avaliá-la, melhorá-la e mantê-la (2, 3, 5, 18, 20, 21, 30).

Tem sido referido que o contexto sociodemográfico do indivíduo pode afetar a sua perceção sobre o impacto que a saúde oral pode ter na QdV, contudo esta associação não é consensual (2, 3, 19-25).

O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto que os fatores sociodemográficos, os aspetos objetivos da saúde oral e autoperceção de saúde oral têm sobre a QVrSO de adolescentes de 12 anos.

No nosso estudo verificou-se que cerca de um quarto dos adolescentes (28,4%), relatou ter sofrido pelo menos um impacto da saúde oral sobre a QdV no último ano. Quando se procedeu à comparação com a literatura, verificou-se que a prevalência de impacto observada na globalidade dos estudos era superior (25, 31-34). Várias investigações mostram existir um impacto muito elevado sobre a QdV, como estudos realizados em adolescentes provenientes de Itália, França e do Brasil, que concluíram que a prevalência de impacto era de 68%, 73% e 89%, respetivamente (25, 31, 32). Outras investigações mostram prevalências menos elevadas, como um estudo realizado em adolescentes espanhóis e um estudo nacional, que verificaram prevalências de impacto de 46% e 56%, respetivamente (33, 34).

Os estudos que foram consultados utilizavam métodos distintos do nosso estudo para avaliar o impacto sobre a QdV, nomeadamente o CPQ₁₁₋₁₄, OHIP-14 e OIDP (23, 24, 31). Para comparar resultados, procedeu-se à adaptação das dimensões preconizadas por estes métodos, de forma a corresponderem às do EGOHID.

Quando consideradas cada uma das dimensões da QVrSO, verificou-se que as mais afetadas foram a limitação funcional e a dor física, o que vai de encontro às conclusões da literatura atual. De facto, vários estudos realizados em adolescentes apontam para que a dimensão da QVrSO mais afetada seja a limitação funcional (23-25, 31, 32, 34). Não obstante, outros estudos concluem que é a dor física a dimensão mais afetada (16, 35). Múltiplos estudos, corroborando os resultados por nós obtidos, concluem que ambas as dimensões, limitação funcional e dor física, registam maior impacto (2, 30, 33, 36, 37). Adicionalmente, concluiu-se que a dimensão menos afetada foi a incapacidade social. Neste aspeto a literatura atual é consensual e conclui, como o presente estudo, que a dimensão incapacidade social, é a menos afetada (2, 16, 23, 24).

O facto de, no nosso estudo, se ter concluído que as dimensões mais afetadas foram a dor física e a limitação funcional, pode ser explicado por, até aos 12 anos, ocorrem várias alterações fisiológicas na cavidade oral do adolescente, nomeadamente fenómenos de esfoliação dentária, espaços vazios na arcada devido à erupção do dente permanente ainda não ter ocorrido, ou ainda a colocação na arcada de dentes permanentes mal posicionados. Estes eventos podem provocar dor e interferir com a mastigação, o que pode justificar o maior impacto associado a estas dimensões (34).

Quando considerados os fatores sociodemográficos e o seu impacto na QVrSO, relativamente ao sexo, observou-se uma tendência para que os adolescentes do sexo feminino sofressem mais impacto, contudo, a associação não foi significativa. A literatura não é consensual no que concerne a esta associação (2, 3, 5, 38). Os resultados obtidos por Costa, mostraram não existir diferenças entre sexos em adolescentes portugueses de 13 anos, corroborando os nossos resultados (2). Contudo, vários estudos concluem que existe uma associação entre sexo e impacto sobre a QVrSO (3, 16, 20, 31, 38, 39). Entre estes, a generalidade refere que são as raparigas que sofrem maior impacto (3, 16, 31, 38, 39).

A tendência verificada no presente estudo pode ser explicada pelo facto de, no que diz respeito a questões de saúde associadas a aspetos estéticos e funcionais, o sexo feminino, na generalidade, apresentar maior preocupação, dor e outros sintomas subjetivos (40, 41). Em contrapartida, o sexo masculino parece menos preocupado com o impacto da sua condição oral sobre a QdV, de tal forma que, quando o relata, a sua condição é já avançada e, por vezes, associada a dor (41). Além disso, habitualmente as raparigas são mais sensíveis à perceção da sua aparência e sentem-se mais confortáveis em reportar as suas preocupações sobre problemas de saúde ou emocionais (3).

A zona de residência está descrita na literatura como podendo ter impacto na QVrSO (22). No entanto, no nosso estudo verificou-se que não existia uma associação significativa entre as variáveis. Não obstante, observou-se uma tendência para que os adolescentes que viviam em áreas rurais sofressem menor impacto sobre a QVrSO. Os resultados obtidos são semelhantes aos de um estudo realizado em adolescentes de 13 anos residentes em Viseu, que mostrou não existir uma associação entre área de residência e impacto sobre a QVrSO (2). Porém, este estudo, assim como o nosso, mostrou que existia uma tendência para que os adolescentes residentes em meio rural, sofressem menos impacto sobre a QVrSO (2).

Contudo, a literatura não é consensual quanto à existência de uma associação entre as variáveis área de residência e impacto sobre a QVrSO, o que se reflete num estudo realizado em

adolescentes gregos, que concluiu que os residentes em zonas rurais sofriam maior impacto (22).

A tendência por nós verificada pode ser justificada com base nas desigualdades sociais perceptíveis entre o meio rural e o meio urbano/periurbano em Portugal (42). Um estudo realizado em adolescentes portugueses concluiu que os jovens que viviam em zonas rurais apresentavam menor frequência de escovagem e de utilização de fio dentário (42). Segundo o mesmo estudo, os adolescentes residentes em meio rural também teriam ido menos vezes ao médico dentista no último ano (42). Adicionalmente, em Portugal, a desigualdade no acesso aos cuidados de saúde oral das populações de zonas rurais ainda é evidente (42). Estas observações podem explicar a hipótese de que um menor acesso aos cuidados de saúde oral, pode conduzir a menor sensação de necessidade de tratamentos orais e, em simultâneo, a um défice na capacidade de deteção dos problemas orais (43). Estas características, por sua vez, podem culminar em menor perceção do impacto que a saúde oral tem sobre a QdV (42, 43).

Na literatura está descrita a influência que o nível educacional da mãe e do pai podem exercer sobre a QVrSO (15, 20, 44). No presente estudo, não se verificou uma associação significativa entre estas variáveis, porém, observou-se uma tendência para que os adolescentes cuja mãe tinha maior nível de escolaridade, sofressem menor impacto. Por outro lado, verificou-se uma tendência para que os adolescentes cujos pais tinham maior nível de escolaridade, sofressem maior impacto sobre a QVrSO.

A escolaridade materna foi descrita como sendo um dos melhores preditores de saúde em adolescentes (45). Sabe-se que, dentro do seio familiar, tradicionalmente, a mãe representa um papel de destaque no cuidado dos filhos e é a responsável pelo estabelecimento de regras e rotinas de higiene e alimentação (2). Um estudo mostra que existe uma associação entre as atitudes de saúde oral da mãe e a condição de saúde oral dos seus filhos e, um segundo estudo, mostra que ambos, pai e mãe, são citados pelo adolescente como os principais transmissores de conhecimentos e práticas de higiene oral (15, 46). Adicionalmente, reconhece-se que mães com maior nível educacional podem possuir mais conhecimentos quanto às doenças orais e maior preocupação com as mesmas, podendo transmiti-lo aos seus filhos (15, 41, 46). Deste modo, é evidente que a educação familiar pode influenciar a saúde oral do adolescente (15). Sendo a mãe a principal cuidadora e exercendo grande influência na transmissão de conhecimentos de saúde oral, se a mesma detiver um nível educacional superior, o seu descendente tende a sofrer menor impacto sobre a QVrSO (20).

A tendência para se verificar um menor impacto sobre a QVrSO aquando de um maior nível de escolaridade da mãe, mas o mesmo não se verificar para o pai, pode ser explicado pela díspar partilha de responsabilidades que figura dentro da generalidade das famílias (20).

Vários estudos apontam para uma associação entre a educação da mãe e o impacto sobre a QVrSO (15, 20, 44). Um estudo realizado em adolescentes de Hong Kong, mostrou que existia uma associação entre as variáveis educação da mãe e do pai e o impacto sobre a QVrSO dos adolescentes e que, quanto maior o nível de escolaridade da mãe, menor o impacto sofrido pelo adolescente (20). Adicionalmente, foi verificado que o efeito da educação do pai era o oposto, tal como no presente estudo (20). Dois estudos, ambos realizados em adolescentes brasileiros, também mostraram que um maior nível de escolaridade da mãe estava associado a um menor impacto sobre a QVrSO do adolescente (15, 44).

Contudo, esta associação não é consensual uma vez que também está descrito na literatura que não existe uma associação entre o nível educacional dos pais e o impacto sobre a QVrSO dos adolescentes, nomeadamente num estudo realizado em adolescentes canadianos e num estudo realizado em adolescentes gregos (19, 22).

No que concerne a atividade laboral da mãe e do pai, verificou-se que não existia uma associação entre estas variáveis e o impacto sobre a QVrSO do adolescente. No entanto, para ambos os progenitores, observou-se uma tendência para que, quando estes não eram ativos perante o trabalho, o adolescente sofresse maior impacto.

No contexto europeu, observaram-se resultados idênticos (2, 22, 25). Um estudo realizado em adolescentes franceses, um outro realizado em adolescentes gregos, e ainda um estudo nacional, concluíram não existir uma associação entre a atividade profissional dos pais e o impacto sobre a QVrSO dos adolescentes, corroborando os resultados obtidos no nosso estudo (2, 22, 25).

Tem sido descrito que a inatividade perante o trabalho pode estar associada a um rendimento reduzido e, conseqüentemente, a um nível socioeconómico baixo (40). Indivíduos inseridos em contextos socioeconómicos mais desfavorecidos, podem ter maior dificuldade de acesso a consultas de medicina dentária, dado que a generalidade das mesmas, em Portugal, são prestadas pelo setor privado, envolvendo verbas por vezes não suportadas (2, 30, 40-42, 47). Corroborando esta hipótese, vários estudos concluíram que um baixo nível socioeconómico influencia negativamente a saúde oral dos adolescentes, mostrando que estes poderão ter maior risco de desenvolver doenças orais, nomeadamente cárie dentária (2, 30, 42, 47). Deste modo, a inatividade perante o trabalho por parte dos progenitores do adolescente, se associada

a um baixo nível socioeconómico, poderá refletir-se em maior impacto sobre a QVrSO, como verificado no presente estudo (2, 40, 47).

A autoperceção que o adolescente tem do estado geral da sua cavidade oral é um indicador importante de saúde oral, pois sintetiza as suas respostas subjetivas, valores e expectativas, e ainda pode complementar a saúde objetiva do mesmo (18). Assim, atualmente recomenda-se que, aquando do estudo das necessidades de saúde oral, sejam consideradas, em simultâneo, a autoperceção e a condição clínica (2, 18).

Como tal, nesta investigação, foi avaliada a autoperceção do estado geral da cavidade oral dos adolescentes, concluindo-se que os estudantes que percecionavam o mesmo como razoável ou bom/muito bom, tinham menor probabilidade de sofrer impacto sobre a QVrSO, comparativamente aos que o percecionavam como mau/muito mau. A literatura parece ser consensual relativamente a esta associação (21, 22, 25, 31, 37, 39). Múltiplos estudos realizados em adolescentes gregos, italianos, franceses, brasileiros, chilenos e neozelandeses corroboram os resultados do presente estudo, mostrando que, quanto melhor a autoperceção do estado geral da cavidade oral, menor o impacto sofrido (21, 22, 25, 31, 37, 39). A capacidade de perceção é fundamental na definição de QdV e, como tal, insere-se na definição proposta pela OMS (48). Sendo a saúde oral importante para a QdV, parece coerente que os adolescentes com melhor QVrSO, correspondam aos que apresentam melhor autoperceção da sua cavidade oral (2). De facto, sabe-se que uma pior condição de saúde oral e uma maior capacidade de perceção da mesma, refletem-se em maior impacto sobre a QVrSO, o que justifica a associação verificada no nosso estudo (48).

Relativamente aos traumatismos dentários, concluiu-se que não existia uma associação entre a presença de, pelo menos, um traumatismo e o impacto sobre a QVrSO.

Estes resultados vão de encontro ao que foi verificado por dois estudos, ambos realizados em adolescentes de 12 anos do Brasil, que mostraram não existir uma associação entre estas variáveis (21, 44).

A ausência de associação por nós verificada, pode dever-se à percentagem reduzida de adolescentes com traumatismos dentários que foi observada (21). De facto, um estudo realizado em adolescentes canadianos, verificou uma associação entre a presença de traumatismos dentários e o impacto sobre a QVrSO, contudo este estudo selecionou um igual número de adolescentes com e sem traumatismos e, portanto, o número de jovens com traumatismo era bastante superior ao do presente estudo (49). A literatura atual, na generalidade, sugere que os traumatismos têm um efeito negativo na qualidade de vida (49, 50). Esta associação pode dever-se ao facto de, por diversas vezes, os traumatismos ocorrem

em dentes anteriores e, portanto, podem gerar insatisfação com a aparência e condicionar os atos de rir, sorrir e falar, criando repercussões na capacidade de socialização (49, 50). Adicionalmente, quando os traumatismos ocorrem em dentes posteriores, podem provocar impactos funcionais como dificuldades mastigatórias (49, 50).

Em relação à cárie dentária em dentes permanentes, concluiu-se que os adolescentes com necessidades de tratamento não satisfeitas de cáries graves (C₅ e C₆) isto é, com pelo menos uma destas lesões, tinham maior probabilidade de sofrer impacto sobre a QVrSO. Esta relação foi encontrada também por outros autores, os quais relataram que a presença de cárie dentária não tratada em adolescentes se associava a impactos negativos na QdV (3, 4, 16, 19, 25, 51).

No entanto, esta associação não é consensual, como tal, dois estudos realizados em adolescentes brasileiros e um estudo em adolescentes ingleses, concluíram que não existia uma associação entre estas variáveis (21, 44, 52).

Considerando o sistema ICDAS II, as lesões de cárie código 5 e 6 são cavidades distintas com dentina visível e cavidades distintas extensas com dentina visível e com mais de metade da superfície envolvida, respetivamente (53). Estas lesões de cárie, devido à sua extensão, gravidade e consequências clínicas, exigem tratamento restaurador e, se atingirem a polpa, tratamento endodôntico ou exodontia (54, 55). Dentes com lesões de atingimento dentinário, podem provocar, de uma forma geral, desconforto, dor, dificuldades em mastigar, alterações nos hábitos alimentares, perda de apetite e de peso, problemas de sono, stress emocional, distúrbios de aprendizagem, dificuldade de concentração e ausência na escola (40, 55, 56). Podem ainda originar problemas estéticos e fonéticos, aumentando o risco de o adolescente ser provocado pelos colegas e afetando negativamente sua autoestima (55). Deste modo, é evidente que estas lesões podem afetar a QVrSO do adolescente (54-57).

Quando considerados os dentes decíduos, observou-se uma tendência para que os adolescentes com necessidades de tratamento não satisfeitas de cáries graves (c₅ e c₆), sofressem mais impacto sobre a QVrSO. Contudo, a associação não foi significativa, o que pode ser justificado pela baixa prevalência de dentes decíduos aos 12 anos, tal como foi verificado por outros autores (21).

Por último, destaca-se o facto deste estudo ser representativo dos adolescentes de 12 anos de Portugal e de cada uma das regiões de saúde (7). Apesar disso, os dados da presente investigação devem ser interpretados no contexto das suas limitações. Deve-se atender ao facto de este ser um estudo transversal e, como tal, não permitir estabelecer uma relação causa-efeito (21, 33, 40). Deste modo, são necessários estudos longitudinais para auxiliar a determinar a associação entre as variáveis que podem influenciar a QVrSO (44). Não obstante, os estudos

transversais são ferramentas importantes para identificar fatores de risco que devem ser incluídos em avaliações longitudinais e são apropriados para estudos de prevalências (35, 40). Importa também referir que as comparações com literatura de outros países são difíceis de efetuar, devendo ser interpretadas com cautela, pois a magnitude e a natureza dos impactos sentidos variam entre populações, consoante os distintos contextos culturais (4, 25).

Este estudo sugere a necessidade de desenvolver e potenciar programas de promoção e educação para a saúde oral, dirigidos a grávidas, futuros pais, pais, mães, cuidadores de crianças e adolescentes, e ainda às próprias crianças e adolescentes, com o objetivo de melhorar os seus conhecimentos e comportamentos de saúde oral, torná-los conscientes e preocupados com a sua condição oral e ainda, de forma a melhorar a sua QVrSO. Tais programas devem ser executados por equipas multidisciplinares constituídas pelo médico dentista, higienista oral, pediatra, médico de saúde geral e familiar e, sempre que possível, devem envolver a colaboração dos professores e da família da criança e do adolescente.

Referências Bibliográficas

1. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine* (1982). 1995;41(10):1403-9.
2. Costa MIBC. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral em adolescentes. 2014.
3. Kozmhinsky V, Heimer M, Goes P. Sociodemographic factors and oral health conditions related to the impact on the quality of life of adolescents. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2016;16(1):35-42.
4. McGrath C, Bedi R. A review of the influences of oral health on the quality of life. *International Journal of Health Promotion and Education*. 1999;37(4):116-9.
5. Sousa SID. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral: FEUC; 2016.
6. Bennadi D, Reddy C. Oral health related quality of life. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*. 2013;3(1):1.
7. Calado R, Ferreira C, Nogueira P, Melo P. Caries prevalence and treatment needs in young people in Portugal: the third national study. *Community dental health*. 2017;34(2):107-11.
8. Currie C, Aleman-Diaz AY. The importance of large-scale (cross-national) data collection on early adolescents (10-15 years old): shedding light on socioeconomic and gender inequalities in health. 2015.
9. Oliveira AGRdC, Unfer B, Costa IdCC, Arcieri RM, Guimarães LOC, Saliba NA. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise da metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 1998;1:177-89.
10. Aidara AW, Pitts N, Markowska N, Bourgeois D. Quality of data gathered with International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) assessment and dentists' perceptions of completion of dental records. *International dental journal*. 2011;61(6):314-20.
11. European Commission D-GfHaCC, Action Programme on Health Monitoring. *Health Surveillance in Europe - Oral Health Interviews and Clinical Surveys : Guidelines*. 2008.
12. Ottolenghi L, Muller-Bolla M, Strohmenger L, Bourgeois D. Oral health indicators for children and adolescents. European perspectives. *European Journal of Paediatric Dentistry*. 2007;8(4):205.
13. Organization WHs. Young people's health-a challenge for society. Report of a WHO Study Group on young people and "Health for All by the Year 2000". World Health Organization technical report series. 1986;731:1-117.
14. Eisenstein E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolescência e Saúde*. 2005;2(2):6-7.
15. de Oliveira Paredes S, Júnior OdSL, de Oliveira Paredes A, de Alencar Fernandes JMF, Menezes VA. Influência da saúde bucal sobre a qualidade de vida de adolescentes escolares. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2015;28(2):266-73.
16. Peres KG, Cascaes AM, Leão ATT, Côrtes MIdS, Vettore MV. Aspectos sociodemográficos e clínicos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em adolescentes. *Revista de Saúde Pública*. 2013;47:19-28.
17. Barbosa TdS, Mialhe FL, Castilho ARFd, Gavião MBD. Qualidade de vida e saúde bucal em crianças e adolescentes: aspectos conceituais e metodológicos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2010;20:283-300.
18. Pires IR. A influência da saúde oral na qualidade de vida. 2009.
19. Locker D. Disparities in oral health-related quality of life in a population of Canadian children. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2007;35(5):348-56.
20. Sun L, Wong HM, McGrath CP. The factors that influence the oral health-related quality of life in 12-year-old children: baseline study of a longitudinal research. *Health and quality of life outcomes*. 2017;15(1):155.

21. Paula JS, Leite IC, Almeida AB, Ambrosano GM, Pereira AC, Mialhe FL. The influence of oral health conditions, socioeconomic status and home environment factors on schoolchildren's self-perception of quality of life. *Health and quality of life outcomes*. 2012;10:6.
22. Papaioannou W, Oulis C, Latsou D, Yfantopoulos J. Oral health related quality of life of Greek adolescents: a cross-sectional study. *European Archives of Paediatric Dentistry*. 2011;12(3):146-50.
23. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children. *Health and quality of life outcomes*. 2004;2(1):57.
24. Mbawalla HS, Masalu JR, Åstrøm AN. Socio-demographic and behavioural correlates of oral hygiene status and oral health related quality of life, the Limpopo-Arusha school health project (LASH): a cross-sectional study. *BMC pediatrics*. 2010;10(1):87.
25. Tubert-Jeannin S, Pegon-Machat E, Gremeau-Richard C, Lecuyer MM, Tsakos G. Validation of a French version of the Child-OIDP index. *European journal of oral sciences*. 2005;113(5):355-62.
26. Bombert AFdF. Factores sociodemográficos na saúde oral: influências nos comportamentos de rotinas de saúde oral, frequências de idas a consultas, auto avaliação do estado de saúde oral e presença de dor em jovens de 12 anos 2014.
27. Calado R, Ferreira CS, Nogueira P, Melo P. III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais Direção Geral de Saúde; 2015 18 de Novembro de 2015.
28. Bombert F, Manso AC, Sousa Ferreira C, Nogueira P, Nunes C. Sociodemographic factors associated with oral health in 12-year-old adolescents: hygiene behaviours and health appointments. A cross-sectional national study in Portugal. *Int Dent J*. 2018;68(5):327-35.
29. Pitts NB, Ekstrand KR, Foundation I. International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) and its International Caries Classification and Management System (ICCMS)– methods for staging of the caries process and enabling dentists to manage caries. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2013;41(1):e41-e52.
30. Alves DS, Gonçalves A. Impacto da saúde oral na qualidade de vida de jovens entre os 11 e os 14 anos. 2009.
31. Bianco A, Fortunato L, Nobile CGA, Pavia M. Prevalence and determinants of oral impacts on daily performance: results from a survey among school children in Italy. *European Journal of Public Health*. 2009;20(5):595-600.
32. Castro RdA, Portela MC, Leão AT, de Vasconcellos MT. Oral health–related quality of life of 11-and 12-year-old public school children in Rio de Janeiro. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2011;39(4):336-44.
33. Montero J, Costa J, Bica I, Barrios R. Caries and quality of life in portuguese adolescents: Impact of diet and behavioural risk factors. *Journal of clinical and experimental dentistry*. 2018;10(3):e218.
34. Montero J, Rosel E, Barrios R, López-Valverde A, Albaladejo A, Bravo M. Oral health-related quality of life in 6-to 12-year-old schoolchildren in Spain. *International journal of paediatric dentistry*. 2016;26(3):220-30.
35. Biazevic MGH, Rissotto RR, Michel-Crosato E, Mendes LA, Mendes MOA. Relationship between oral health and its impact on quality of life among adolescents. *Brazilian oral research*. 2008;22(1):36-42.
36. Duarte TFGM. Avaliação do Impacto da Saúde Oral na qualidade de vida de adolescentes de Setúbal: [sn]; 2010.
37. Lopez R, Baelum V. Spanish version of the oral health impact profile (OHIP-Sp). *BMC Oral Health*. 2006;6(1):11.
38. McGrath C, Bedi R. Measuring the Impact of Oral Health on Quality of Life in Britain Using OHQoL-UK©. *Journal of public health dentistry*. 2003;63(2):73-7.

39. Foster Page LA, Thomson WM, Ukra A, Farella M. Factors influencing adolescents' oral health-related quality of life (OHRQ o L). *International journal of paediatric dentistry*. 2013;23(6):415-23.
40. Piovesan C, Antunes JL, Guedes RS, Ardenghi TM. Impact of socioeconomic and clinical factors on child oral health-related quality of life (COHRQoL). *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2010;19(9):1359-66.
41. Afonso AC, Silva I. Qualidade de vida relacionada com saúde oral e variáveis associadas: revisão integrativa. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2015;16(3):311-30.
42. Veiga N. Comportamentos de Saúde Oral em Adolescentes Portugueses. Porto: Dissertação de Mestrado em Saúde Pública apresentada na FMUP. 2009.
43. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018;34:e00213816.
44. de Paula JS, Leite ICG, de Almeida AB, Ambrosano GMB, Mialhe FL. The impact of socioenvironmental characteristics on domains of oral health-related quality of life in Brazilian schoolchildren. *BMC oral health*. 2013;13(1):10.
45. Traebert J, do Amaral Guimarães L, Durante EZT, Serratine ACP. Low maternal schooling and severity of dental caries in Brazilian preschool children. *Oral health & preventive dentistry*. 2009;7(1).
46. Saied-Moallemi Z, Virtanen J, Ghofranipour F, Murtomaa H. Influence of mothers' oral health knowledge and attitudes on their children's dental health. *European Archives of Paediatric Dentistry*. 2008;9(2):79-83.
47. Sfreddo CS, Moreira CHC, Nicolau B, Ortiz FR, Ardenghi TM. Socioeconomic inequalities in oral health-related quality of life in adolescents: a cohort study. *Quality of Life Research*. 2019;28(9):2491-500.
48. Alves DAdMS. Avaliação do Impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida em Indivíduos entre os 11 e os 14 anos de Idade 2009.
49. Fakhruddin KS, Lawrence HP, Kenny DJ, Locker D. Impact of treated and untreated dental injuries on the quality of life of Ontario school children. *Dental traumatology*. 2008;24(3):309-13.
50. Ilma de Souza Cortes M, Marcenes W, Sheiham A. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12–14-year-old children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2002;30(3):193-8.
51. Onoriobe U, Rozier R, Cantrell J, King R. Effects of enamel fluorosis and dental caries on quality of life. *Journal of dental research*. 2014;93(10):972-9.
52. Marshman Z, Rodd H, Stern M, Mitchell C, Locker D, Jokovic A, et al. An evaluation of the Child Perceptions Questionnaire in the UK. *Community dental health*. 2005;22(3):151.
53. Jablonski-Momeni A, Stachniss V, Ricketts D, Heinzl-Gutenbrunner M, Pieper K. Reproducibility and accuracy of the ICDAS-II for detection of occlusal caries in vitro. *Caries research*. 2008;42(2):79-87.
54. de Almeida Pinto-Sarmiento TC, Abreu MH, Gomes MC, de Brito Costa EMM, Martins CC, Granville-Garcia AF, et al. Determinant factors of untreated dental caries and lesion activity in preschool children using ICDAS. *PloS one*. 2016;11(2).
55. Grund K, Goddon I, Schüler IM, Lehmann T, Heinrich-Weltzien R. Clinical consequences of untreated dental caries in German 5-and 8-year-olds. *BMC oral health*. 2015;15(1):140.
56. Chaiana P, Ardenghi TM. Impacto da cárie e da fluorose dentária na qualidade de vida de crianças e adolescentes. *Revista da Associação Paulista de Cirurgios Dentistas*. 2012;66(1):14-7.

57. Figueiredo M, De Amorim R, Leal S, Mulder J, Frencken J. Prevalence and severity of clinical consequences of untreated dentine carious lesions in children from a deprived area of Brazil. *Caries research*. 2011;45(5):435-42.

Anexos

Anexo 1 - III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais – Entrevista

III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais Entrevista 12 anos

Observador:	ID
Registador:	
Entrevistador:	

Questionário

1. Região de Saúde	1. ARS Norte 2. ARS Centro 3. ARS LVT 4. ARS Alentejo 5. ARS Algarve 6. RA Açores 7. RA Madeira
2. Identificação do Agrupamento e da Escola	
3. Onde reside?	Concelho: Freguesia:
4. Data de Nascimento	
5. Sexo	1. Masculino 2. Feminino
6. Nível de escolaridade da mãe	1. Nunca foi à escola 2. Básico (do 1º ao 9º ano) 3. Secundário (do 10º ao 12º ano) 4. Licenciatura 5. Mestrado ou Doutoramento 6. Não sabe / Não tem a certeza 7. Não responde
7. Nível de escolaridade do pai	1. Nunca foi à escola 2. Básico (do 1º ao 9º ano) 3. Secundário (do 10º ao 12º ano) 4. Licenciatura 5. Mestrado ou Doutoramento 6. Não sabe / Não tem a certeza 7. Não responde
8. Atividade laboral da mãe nos últimos 12 meses	1. Trabalhadora 2. Desempregada 3. Doméstica 4. Estudante 5. Reformada 6. Sem capacidade para trabalhar 7. Faleceu 8. Não sabe / Não tem a certeza 9. Não responde
9. Atividade laboral do pai nos últimos 12 meses	1. Trabalhador 2. Desempregado 3. Doméstico 4. Estudante 5. Reformado 6. Sem capacidade para trabalhar 7. Faleceu 8. Não sabe / Não tem a certeza 9. Não responde
10. Quantas vezes escova os dentes?	1. Nunca 2. 1 vez por semana 3. Algumas vezes por semana 4. 1 vez por dia 5. 2 ou mais vezes por dia 6. Não sabe / Não tem a certeza 7. Não responde Se respondeu Nunca passa à perg. 13

III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais
Entrevista **12 anos**

11. Quando escova os dentes? (Pode assinalar mais do que uma opção)	<ol style="list-style-type: none"> 1. De manhã 2. Depois do almoço 3. Depois do lanche 4. À noite 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
12. A pasta de dentes que usa tem flúor?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não tem a certeza 4. Não responde
13. Usa mais algum produto com flúor? (Pode assinalar mais do que 1 opção)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim, comprimidos 2. Sim, bochecho 3. Sim, outro 4. Não 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
14. Utiliza fio dentário (ou fita dentária)?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim, 1 ou mais vezes por dia 2. Sim, algumas vezes por semana 3. Sim, algumas vezes por mês 4. Não utiliza 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
15. Escovas os dentes na tua escola?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim, todos os dias 2. Sim, às vezes 3. Não 4. Não sabe / Não tem a certeza 5. Não responde
16. Já foi à tua escola alguém falar da saúde da boca e dos dentes? (Pode assinalar mais do que uma opção)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim, Higiênista Oral 2. Sim, Enfermeiro 3. Sim, Médico Dentista 4. Sim, outro profissional 5. Não 6. Não sabe / Não tem a certeza 7. Não responde
17. Já foi a alguma consulta com um profissional de saúde oral (estomatologista, médico dentista ou higienista oral)?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não tem a certeza 4. Não responde <p>Se respondeu 2 a 4, passa p/ a perg. 22</p>
18. Há quanto tempo foi à consulta com um profissional de saúde oral?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menos 1 ano 2. Mais de 1 ano e menos de 2 3. Mais de 2 anos e menos de 5 4. Mais de 5 anos 5. Nunca foi visto anteriormente 6. Não sabe / Não tem a certeza 7. Não responde <p>Se respondeu 2. a 4., passa p/ a perg. 20; se respondeu 5, passa para a pergunta 22</p>
19. Quantas vezes, nos últimos 12 meses, visitou o profissional de saúde oral?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nenhuma vez 2. 1 Vez 3. 2 Vezes ou mais 4. Não sabe / Não tem a certeza 5. Não responde
20. Qual foi a principal razão da última visita ao profissional de saúde oral? (Pode assinalar mais do que uma opção)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilância/Rotina 2. Ortodontia 3. Urgência 4. Tratamento dos dentes 5. Extração 6. Prótese 7. Destartarização 8. Polimento 9. Aplicação tópica de flúor 10. Aplicação de selantes 11. Não sabe / Não tem a certeza 12. Não responde
21. Usa ou já usou aparelho ortodôntico fixo ou removível?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não tem a certeza 4. Não responde

III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais
 Entrevista **12 anos**

22. Quantas vezes por dia come e bebe (excluindo água) mesmo em pequenas quantidades?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de 5 2. Entre 5 e 10 vezes 3. Mais de 10 vezes 4. Não sabe / Não tem a certeza 5. Não responde
23. Quantas vezes come, mesmo em pequenas quantidades, fruta fresca?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
24. Quantas vezes come, mesmo em pequenas quantidades, biscoitos, bolos, bolos com creme?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
25. Quantas vezes come, mesmo em pequenas quantidades, doces?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
26. Quantas vezes bebe, mesmo em pequenas quantidades, limonada, cola ou outros refrigerantes?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
27. Quantas vezes come, mesmo em pequenas quantidades, compotas ou mel?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
28. Quantas vezes come, mesmo em pequenas quantidades, pastilhas elásticas com açúcar?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
29. Evita comer alimentos açucarados para prevenir problemas com os dentes (cárie dentária)?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim, sempre 2. Sim, muitas vezes 3. Sim, poucas vezes 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
30. Fuma ou já fumou?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Sim, até 10 cigarros/dia 3. Sim, mais de 10 cigarros/dia 4. Fumei/experimentei mas já não fumo 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
31. Duma maneira geral como considera o estado de saúde da sua boca e dos seus dentes?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muito bom 2. Bom 3. Razoável 4. Mau 5. Muito mau
32. Nos últimos 12 meses quantas vezes teve dificuldade em comer devido a problemas na boca ou nos dentes?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde

III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais
 Entrevista **12 anos**

33. Nos últimos 12 meses quantas vezes teve dificuldade em mastigar ou cortar a comida com os dentes devido a problemas na boca ou nos dentes?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
34. Nos últimos 12 meses quantas vezes teve dores de dentes, gengivas doridas ou feridas na boca?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
35. Nos últimos 12 meses quantas vezes se sentiu tenso por causa de problemas nos dentes ou na boca?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
36. Nos últimos 12 meses quantas vezes se sentiu embaraçado por causa da aparência dos dentes ou da prótese?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
37. Nos últimos 12 meses quantas vezes evitou conversar por causa da aparência dos dentes ou da prótese?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
38. Nos últimos 12 meses quantas vezes reduziu a participação em atividades sociais devido a problemas na boca ou nos dentes?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
39. Teve dificuldade em fazer os trabalhos de casa ou estudar devido a problemas nos dentes ou na boca?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde

III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais
 Avaliação Clínica 12 anos

Traumatismos dentários	Observador:						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">0 - Sem alterações</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">3 - Intrusão</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">1 - Fratura</td> <td style="padding: 2px;">4 - Luxação</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">2 - Extrusão</td> <td></td> </tr> </table>	0 - Sem alterações	3 - Intrusão	1 - Fratura	4 - Luxação	2 - Extrusão		Registador:
0 - Sem alterações	3 - Intrusão						
1 - Fratura	4 - Luxação						
2 - Extrusão							
	Entrevistador:						
	ID						

Superior direito	Dentição decidua										Superior esquerdo					
	Nas crianças com dentição mista, assinale os dentes presentes.															
	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
Dentição permanente																
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Inferior direito	Dentição decidua										Inferior esquerdo					
	Nas crianças com dentição mista, assinale os dentes presentes.															
	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						
Dentição permanente																
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Fluorose Dentária (Índice de Dean)

1 - Normal	5 - Moderado
2 - Questionável	6 - Intenso
3 - Muito leve	X - Não se aplica
4 - Leve	

Nível de fluorose:

Índice Periodontal Comunitário (IPC)

0 - Saudável	4 - Bolsa de 6mm ou mais
1* - Hemorragia	X - Sextante excluído (menos de dois dentes presentes)
2** - Cálculo	9 - Não registado
3 - Bolsa de 4 a 5mm	

* Aos 12 registre apenas a hemorragia; não faça pesquisa de bolsas; são examinados os dentes: 16, 11, 26, 36, 31 e 46

**De acordo com a recomendação de especialistas do painel EGOHID, o cálculo não está incluído na definição de indicador por isso, é recomendado que não se use este código em nenhuma idade.

16	11	26
46	31	36

Anexo 3 – Declaração de Consentimento Informado – Encarregados de Educação

Colocar logo ACES

III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais

Data

Exmo(a). Sr(a). Encarregado(a) de Educação

A escola que o seu/sua filho(a) frequenta foi selecionada para fazer parte do III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais que a Direção-Geral da Saúde vai realizar.

O estudo foi autorizado pelo Ministério da Educação e vai ser efetuado por profissionais de saúde oral, devidamente credenciados. Consiste na realização de algumas perguntas relacionadas com a saúde oral e na observação da boca e dos dentes, utilizando materiais devidamente esterilizados. Trata-se de uma intervenção muito simples, completamente isenta de riscos para a saúde do seu educando. Os dados obtidos são absolutamente confidenciais.

A realização deste estudo é muito importante para avaliarmos a saúde oral da população portuguesa, pelo que agradecemos toda a sua colaboração.

Se tiver alguma dúvida contacte, por favor, o responsável pela operacionalização do estudo no ACES, através do tel. [XXXX](tel:XXXX)

O Responsável pelo Estudo no ACES: _____
(assinatura legível)

Agradecemos que preencha o destacável e o devolva ao professor ou diretor de turma.

✂ _____

Autorizo / **Não autorizo** o meu educando _____
que frequenta o _____ ano, Turma _____, a participar no III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais, acima descrito.

O Encarregado de Educação: _____
(assinatura legível)

Anexo 4 – Declaração de Consentimento Informado – Participantes

Colocar logo ACES

III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais

Consentimento Informado

Objetivo:

O objetivo deste estudo consiste em avaliar a prevalência das doenças orais na população portuguesa.

Procedimentos:

Solicitamos que autorize a realização da observação da boca e dos dentes, bem como se disponibilize a responder a um questionário sobre a sua saúde oral. Os dados obtidos são confidenciais.

Riscos:

A participação neste estudo é completamente isenta de riscos para a sua saúde.

Informações adicionais:

O relatório sobre as conclusões do estudo será divulgado, sendo assegurado a cada um dos seus participantes rigoroso anonimato.

O participante pode solicitar esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas que lhe surjam no âmbito do procedimento, e desistir do mesmo, comunicando essa decisão aos profissionais envolvidos.

Pela Equipa de Estudo

Data

(assinatura legível)

Declaração do Participante:

O estudo descrito acima foi-me explicado e eu autorizo que seja realizado. Foi-me dada a oportunidade de esclarecer dúvidas e de desistir, a todo o tempo, bastando para isso informar qualquer das pessoas relacionadas com este trabalho.

O Participante

Data

(assinatura legível)

Anexo 5 – Dispensa de Parecer de Comissão de Ética Relativo ao III ENPDO



PARECER
PROPOSTA
INFORMAÇÃO

NÚMERO: 020/2014
DATA: 16/07/2014

DE: Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO)
PARA: Consideração Superior
ASSUNTO: III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais (ENPDO3) – Parecer da Comissão de Ética

O III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais, cujo protocolo foi aprovado em março de 2011, está em fase de conclusão da recolha de dados dos grupos etários 18, 35-44 e 65-74 anos, bem como, da análise dos dados dos grupos etários dos 6 e 12 anos.

Visto estarmos em fase de início da elaboração do relatório do estudo relativo aos grupos etários 6, 12 e 18 anos, solicitamos a emissão de parecer da comissão de ética relativamente ao ENPDO3.

Cristina Sousa Ferreira
Técnica de Diagnóstico e Terapêutica

De acordo com a jurista
de DGS, Dra Isabel Pires,
foram tomadas todas as
medidas necessárias ao
desenvolvimento do estudo,
pelo que será de dispensar
o parecer proposto

14.07.16
1/1

Anexo 6 – Parecer da Comissão de Ética da FMDUP



000047 15 MAI 2020

Exmª Senhora
Mariana Rodrigues Viana da Silva Pereira
Faculdade de Medicina Dentária da U. Porto

Assunto: Parecer relativamente ao Projeto de Investigação nº 10/2020.
**(Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral em Adolescentes de 12 Anos –
Dados do III Estudo Nacional da Prevalência das Doenças Orais / Oral Health
Related Quality of Life in 12-year-old Adolescents – III National Study on Oral
Diseases).**

Informo V. Exa. que o projeto supracitado foi analisado na reunião da Comissão de Ética para a Saúde, da FMDUP, no dia 8 de maio de 2020.

A Comissão de Ética é **favorável** à realização do projeto tal como apresentado.

O formulário definitivo de apresentação do trabalho, aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde, da FMDUP, acompanha a presente comunicação.

A Comissão de Ética recomenda a existência de um seguro de responsabilidade civil e relembra que a inexistência de seguro responsabiliza diretamente os investigadores.

Subject: Recommendation on the research project nº 10/2020.
**(Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral em Adolescentes de 12 Anos –
Dados do III Estudo Nacional da Prevalência das Doenças Orais / Oral Health
Related Quality of Life in 12-year-old Adolescents – III National Study on Oral
Diseases).**

I hereby inform that the aforementioned project was analyzed on may 8th 2020, by the Ethics Committee for Health of the Faculty of Dental Medicine,

The Ethics Committee is **favourable** to the project execution.

The final submission form approved by FMDUP's Ethics Committee for Health is attached.

The Ethics Committee recommends the existence of liability insurance and recalls that the absence of insurance directly holds researchers accountable.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde, da FMDUP



Assinado por: Inês Alexandra
Costa de Moraes Caldas Paiva
Identificação: 8110325794
Data: 2020-05-14 às 19:39:13

raís Caldas

IGAL

www.fmd.up.pt

Anexo 7 – Parecer da Unidade de Proteção de Dados da Universidade do Porto

	Unidade de Proteção de Dados	DATA:27/03/2020
---	------------------------------	-----------------

PARECER R-8/2020

Nome	Mariana Rodrigues Viana da Silva Pereira
Nº Mecanográfico	201602939
Unidade Orgânica	Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)
Título	“Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral em Adolescentes de 12 Anos – Dados do III Estudo Nacional da Prevalência das Doenças Orais /Oral Health Related Quality of Life in 12-year-old Adolescents – III National Study on Oral Diseases”
Ticket Nº	2019121615000162

Sumário do Pedido

No âmbito da unidade curricular de “Monografia de Investigação ou Relatório de Atividade Clínica”, integrada no plano de estudos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FMDUP, pretende a requerente levar a cabo um estudo retrospectivo, destinado a avaliar o impacto que os fatores sociodemográficos e comportamentais têm sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral de uma determinada população.

Para tal, propõe-se a mesma analisar um conjunto de dados relativos a uma amostra aleatória de jovens de 12 anos, residentes em Portugal Continental e Ilhas, recolhidos nos anos de 2013 e 2014 no âmbito do terceiro Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais (III ENPDO) e fornecidos à investigadora pela Direção-Geral da Saúde (DGS). A amostra foi calculada pela DGS com base no número de residentes em cada uma das Regiões de Saúde e Regiões Autónomas e correspondeu a um total de 1309 jovens que frequentavam o ensino escolar público ou privado.

O III ENPDO envolveu uma avaliação clínica da saúde oral dos participantes (cárie dentária, traumatismos e fluorose), bem como a aplicação de um questionário, através de entrevista presencial, com as seguintes categorias de dados:

1. caracterização sociodemográfica (região de saúde, agrupamento e escola, área de residência, data de nascimento, sexo, nível de escolaridade da mãe e do pai e atividade laboral da mãe e do pai);
2. comportamentos associados à saúde oral (frequência e motivos de idas a consultas de saúde oral, acesso a serviços de cuidados de saúde oral e hábitos alimentares);
3. impacto da saúde oral na qualidade de vida e percepção individual desse impacto.

Do conjunto de dados recolhidos no III ENPDO e cedidos pela DGS, a requerente não utilizará a data de nascimento, nem a informação relativa à escola e ao agrupamento, e substituirá os dados freguesia e concelho de residência pelas variáveis: urbana, peri-urbana e rural.

Conclusões

Apesar de a requerente ter acesso a dados relativos aos participantes no III ENPDO com 12 anos de idade e de não haver sido prestado pelos representantes daqueles um consentimento considerável válido, à luz dos requisitos postulados pelo art.º 7.º do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD), para a sua utilização no presente estudo, somos do parecer que:

- (1) estando o tratamento de dados pessoais aqui em causa limitado a fins de investigação científica;
- (2) incumbindo ao Estado garantir a todos os cidadãos, segundo as suas capacidades, o acesso aos graus mais elevados do ensino, da investigação científica e da criação artística, nos termos do art.º 74.º/2/d) da Constituição da República Portuguesa;

U.PORTO	Unidade de Proteção de Dados	DATA:27/03/2020
----------------	------------------------------	-----------------

- (3) configurando-se a Universidade do Porto como uma Instituição de Ensino Superior Pública de natureza fundacional que tem por missão a criação de conhecimento científico, cultural e artístico, a formação de nível superior fortemente ancorada na investigação, a valorização social e económica do conhecimento e a participação ativa no progresso das comunidades em que se insere;
- (4) sendo atribuições das instituições de ensino superior, no âmbito da vocação própria de cada subsistema, a realização de investigação e o apoio e participação em instituições científicas, nos termos do art.º 8.º/1/c) do Regime Jurídico das Instituições de Ensino Superior;
- (5) sendo objetivo da FMDUP, enquanto Unidade Orgânica de ensino e de investigação da Universidade do Porto dotada de autonomia estatutária, científica, pedagógica, cultural, administrativa, financeira e com personalidade tributária, promover e desenvolver a investigação científica, nos termos dos artigos 2.º e 3.º/a) dos respetivos Estatutos;
- (6) encontrando-se a investigação *supra* estritamente relacionada com o cumprimento de incumbências académicas indispensáveis à formação académica da requerente, enquanto estudante de Medicina Dentária;
- (7) não tendo sido identificados riscos elevados para os Direitos, Liberdades e Garantias das pessoas singulares cujos dados serão utilizados no estudo;

somos do parecer que poderá ser realizado o tratamento de dados pessoais, ao abrigo dos artigos 9.º/2/j) e 89.º/1 do RGPD, desde que a requerente cumpra as seguintes diretivas relativas ao estudo:

- (1) proceda à substituição do ID de participante no III ENPDO por um código novo, sem qualquer relação com aquele;
- (2) elimine prontamente os dados que não sejam estritamente necessários para o seu estudo;
- (3) utilize os dados apenas para o estudo acima referido, armazenando-os de forma segura e cumprindo as seguintes diretivas relativas ao uso do computador pessoal:
 - a. implementar a exigência de credenciais de acesso ao computador, utilizando palavras-chave fortes;
 - b. implementar uma solução de antimalware (antivírus) atualizada, igual ou equiparável à solução disponibilizada pela Universidade do Porto;
 - c. implementar as mais recentes atualizações do sistema operativo e outras aplicações e utilitários.

**a Encarregada da Proteção de Dados da
Universidade do Porto**


Doutora Susana Rodrigues Pereira

Anexo 8 – Decisão Reitoral Relativa ao Tratamento de Dados Pessoais

	Reitoria da Universidade do Porto	DATA: 27/03/2020
---	-----------------------------------	------------------

Nome	Mariana Rodrigues Viana da Silva Pereira
Nº Mecanográfico	201602939
Unidade Orgânica	Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)
Título	Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral em Adolescentes de 12 Anos – Dados do III Estudo Nacional da Prevalência das Doenças Orais /Oral Health Related Quality of Life in 12-year-old Adolescents – III National Study on Oral Diseases
Ticket Nº	2019121615000162

Sumário do Pedido

No âmbito da unidade curricular de “Monografia de Investigação ou Relatório de Atividade Clínica”, integrada no plano de estudos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FMDUP, pretende a requerente levar a cabo um estudo retrospectivo, destinado a avaliar o impacto que os fatores sociodemográficos e comportamentais têm sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral de uma população de jovens de 12 anos.

Para tal, propõe-se a mesma analisar um conjunto de dados relativos a uma amostra aleatória de 1309 jovens de 12 anos, recolhidos nos anos de 2013 e 2014 no âmbito do terceiro Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais (III ENPDO) e fornecidos à investigadora pela Direção-Geral da Saúde (DGS).

O III ENPDO envolveu uma avaliação clínica da saúde oral dos participantes (cárie dentária, traumatismos e fluorose) e a aplicação de um questionário, através de entrevista presencial, com o registo dos seguintes dados:

1. caracterização sociodemográfica (região de saúde, agrupamento e escola, área de residência, data de nascimento, sexo, nível de escolaridade da mãe e do pai e atividade laboral da mãe e do pai);
2. comportamentos associados à saúde oral (frequência e motivos de idas a consultas de saúde oral, acesso a serviços de cuidados de saúde oral e hábitos alimentares);
3. impacto da saúde oral na qualidade de vida e percepção individual desse impacto.

Do conjunto de dados do III ENPDO cedidos pela DGS, a requerente não utilizará a data de nascimento, nem a informação relativa à escola, e substituirá os dados da residência pelas variáveis *urbana*, *peri-urbana* e *rural*.

Síntese do parecer da Encarregada da Proteção de Dados

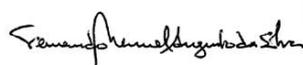
Analisada a documentação submetida pela requerente, somos do parecer que os riscos para os Direitos, Liberdades e Garantias dos titulares dos dados se revelam baixos, razão pela qual poderá ser realizado o tratamento de dados *supra*, uma vez cumpridas as diretivas enumeradas no parecer R-8/2020.

Decisão Reitoral

Uma vez analisado o pedido em questão e tendo em consideração o parecer da Encarregada da Proteção de Dados da Universidade do Porto, com a referência R-8/2020.

- Autorizo
 Não Autorizo

O Vice-Reitor



Fernando Manuel Augusto da Silva*

Assinado por: **FERNANDO MANUEL AUGUSTO DA SILVA**
Num. de Identificação Civil: B1078178290
Data: 2020.03.30 09:35:47 +0100



* Com delegação de competências do Reitor, Despacho n.º 1861/2020, publicado no DR, 2ª série, nº 27 de 7 de fevereiro.

Anexo 9 – Declaração de Cumprimento das Normativas do Serviço de Proteção de Dados da Universidade do Porto



INFORMAÇÃO

(Entrega do trabalho final de Monografia após cumprimento das diretivas emanadas pelo Serviço de Proteção de Dados da U.Porto)

Informo que, relativamente ao Trabalho de Monografia com o título:

Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral em Adolescentes de 12 Anos - Dados do III Estudo Nacional da Prevalência das Doenças Orais

foram cumpridas todas as diretivas emanadas pelo Serviço de Proteção de Dados da U.Porto, encontrando-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

18 / 05 / 2020

O(A) Estudante

(Nome em maiúsculas): MARIANA RODRIGUES VIANA DA SILVA PEREIRA

(Assinatura): Mariana Rodrigues Viana da Silva Pereira

Anexo 10 - Parecer da Orientadora para Entrega Definitiva do Trabalho

PARECER

(Entrega do trabalho final de Monografia)

Informo que o Trabalho de Monografia desenvolvido pela Estudante Mariana Rodrigues Viana da Silva Pereira com o título "Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral em Adolescentes de 12 Anos – Dados do III Estudo Nacional da Prevalência das Doenças Orais" está de acordo com as regras estipuladas na FMDUP, foi por mim conferido e encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

18/05/2020

A Orientadora

Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira

Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira

Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Anexo 11 - Parecer da Coorientadora para Entrega Definitiva do Trabalho

PARECER

(Entrega do trabalho final de Monografia)

Informo que o Trabalho de Monografia desenvolvido pela Estudante Mariana Rodrigues Viana da Silva Pereira com o título “Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral em Adolescentes de 12 Anos – Dados do III Estudo Nacional da Prevalência das Doenças Orais” está de acordo com as regras estipuladas na FMDUP, foi por mim conferido e encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

18/05/2020

A Coorientadora

Maria Cristina dos Santos de Sousa Ferreira

Maria Cristina dos Santos de Sousa Ferreira

Higienista Oral da Direção-Geral da Saúde

Anexo 12 – Declaração de Autoria do Trabalho Apresentado

DECLARAÇÃO

Monografia de Investigação/Relatório de Atividade Clínica

Declaro que o presente trabalho, no âmbito da Monografia de Investigação/Relatório de Atividade Clínica, integrado no MIMD, da FMDUP, é da minha autoria e todas as fontes foram devidamente referenciadas.

18/05/2020

Luísa Rodrigues Viana da Silva Pereira
O/A investigador(a)